



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

---

**CESACIÓN TABÁQUICA EN LA CLÍNICA CONTRA  
EL TABAQUISMO DEL HOSPITAL GENERAL DE  
MÉXICO O. D. DR. EDUARDO LICEAGA.**

---

**CASO CLÍNICO**

**TESINA**

PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA:

**ALAMILLA LAGUNA MARIBEL**

**DR. FEDERICO GUADALUPE PUENTE SILVA**  
**DIRECTOR**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX**

**NOVIEMBRE DEL 2016.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

---

<b>Resumen</b>	2
<b>Introducción</b>	3
<b>Justificación</b>	4
<b>Capítulo 1. Historia del tabaco</b>	6
<b>Capítulo 2. Tabaquismo</b>	8
2.1 Dependencia psico-social	9
2.2 Dependencia física y adicción	10
<b>Capítulo 3. Tabaquismo en México</b>	13
<b>Capítulo 4. Daños a la salud física causados por el tabaquismo</b>	15
4.1 Tratamiento	16
4.2 Recaída	18
<b>Capítulo 5. Clínica contra el tabaquismo</b>	21
5.1 Objetivos del programa de servicio social en la clínica contra el tabaquismo	22
5.2 Actividades realizadas en el programa de servicio social	25
<b>Capítulo 6. Estrategias de intervención de la clínica contra el tabaquismo</b>	26
6.1 Metodología del tratamiento de cesación tabaquica	26
6.2 Pláticas de sensibilización	34
<b>Capítulo 7. Caso clínico</b>	36
<b>Resultados</b>	40
<b>Sugerencias</b>	44
<b>Conclusiones</b>	44
<b>Referencias:</b>	46
<b>Anexos</b>	49

# **CESACIÓN TABÁQUICA EN LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D. DR. EDUARDO LICEAGA. CASO CLÍNICO**

**Resumen:** *El tabaquismo es un problema de salud importante para nuestro país y para el resto del mundo debido a que mata, por lo menos, a la mitad de sus consumidores y que, además, afecta a las personas que no fuman. A su vez el consumo de tabaco favorece la prevalencia de padecimientos como son hipertensión, sobrepeso y, en general, enfermedades oncológicas y respiratorias, además de que genera gastos millonarios en su producción, consumo y tratamiento. En respuesta a esta gran problemática de salud, la Clínica Contra el Tabaquismo ofrece tratamiento psicológico de cesación tabáquica a precios sumamente accesibles. El tratamiento, consta de 8 sesiones de terapia psicológica y de un paquete de estudios médicos orientados al tratamiento oportuno de enfermedades relacionadas con el tabaquismo. La terapia psicológica se encuentra cimentada en técnicas cognitivo-conductuales y ayuda al usuario a adquirir un nuevo aprendizaje que deje fuera la conducta de fumar.*

Palabras clave:

**Tabaquismo, Clínica Contra el Tabaquismo, tratamiento psicológico y caso clínico.**

## INTRODUCCIÓN

---

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que aproximadamente 6 millones de personas fallecen a causa del tabaquismo cada año, es decir a por lo menos la mitad de los consumidores. De los 6 millones alrededor de 600,000 personas son fumadores involuntarios expuestos al humo del tabaco (OMS, 2013). De acuerdo con el Atlas de Tabaco (2015) los consumidores de tabaco no solo consumen la nicotina de las hojas de tabaco sino también alquitrán, acetona, arsénico, cadmio y DDT, entre otras sustancias. Según informes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), desde el 2010, en México las principales enfermedades relacionadas al consumo de tabaco son: enfermedades respiratorias (pulmonares), la ruptura prematura de membranas, seguida por las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebro vasculares (INEGI, 2012). A pesar de reconocer desde hace varios años que el tabaquismo ocasiona múltiples problemas de salud, el consumo de tabaco se ha mantenido y se calcula que para el 2030 morirán alrededor de 8 millones de personas a causa del tabaquismo.

La alta demanda de tabaco ha ocasionado que, tan sólo en México, se produzcan anualmente 43.7 *billones* de cigarros y a nivel global 1 *millón* cada 5 minutos. La industria tabacalera se ha esforzado en fomentar el consumo de tabaco en jóvenes pues se ha encontrado que mientras menor sea la edad de inicio de consumo de tabaco mayor es la probabilidad de convertirse permanentemente en fumador. Podemos darnos cuenta que para las tabacaleras incitar a los jóvenes a probar el tabaco no es un trabajo difícil pues en diversos estudios se ha encontrado que la edad de inicio del tabaquismo es entre los 13 y 15 años de edad, los motivos del inicio son multifactoriales (OMS, 2013).

Los gastos que genera el tabaquismo, desde su producción hasta el tratamiento de la enfermedad, ascienden a cifras millonarias. Cada día los servicios de salud reciben enfermos de tabaquismo con comorbilidades ya difíciles de controlar y en algunas ocasiones es tan grave el daño que a pesar de recibir tratamiento su salud no mejorará (Ocampo, 2007).

## JUSTIFICACIÓN

---

La OMS en conjunto con las instancias encargadas de temas de salud se han propuesto aplicar medidas encaminadas a contrarrestar los daños directos causados por el tabaquismo y también del humo de segunda mano que reciben los fumadores involuntarios, que hasta el 2011 alcanzaba los 12.5 millones de personas (ENA 2011). Las medidas incluyen el día mundial sin tabaco (31 de Mayo), prohibición de la publicidad y patrocinio del tabaco, aumento de impuestos y la prohibición para fumar en espacios cerrados. Además de esto la OMS dio a conocer en 2005 el Convenio Marco que es un instrumento de control del tabaco y marca un parámetro en la promoción de la salud pública y programas de educación para la salud.

Una de las medidas más promovidas, además de la generación de espacios 100% libres de humo de tabaco, es que a partir de Septiembre 2010 las cajetillas de cigarros muestran advertencias que incluyen textos e imágenes en los que se exhiben los daños a la salud causados por el tabaquismo. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2011) muestra que el 55.7% de los participantes han visto las advertencias de las cajetillas y el 47.5 las han leído; sin embargo el impacto de las imágenes y avisos en las cajetillas logró que el tan sólo el 28.1 de los fumadores evitara encender un cigarro cuando estaba a punto de fumar.

Es evidente que, a pesar de todas las medidas que se han tomado, el consumo de tabaco se ha extendido en todo el mundo. En México el consumo de tabaco es responsable de entre 25,000 y 60,000 muertes al año y tan sólo para el 2008 el gasto total que se destinó a la atención médica asociada con el tabaquismo ascendió a los 75,200 millones de pesos (Ross, Waters, Saenz & Reynales, 2010). Los gastos económicos del tabaquismo van más allá de los que se generan por muerte y atención médica, también incluyen ausentismo de empleados y disminución de la productividad laboral, daños por incendios, daño ambiental, contaminación por pesticidas y fertilizantes, basura desechada y por supuesto genera daño emocional a los familiares y amigos. Es por ello la importancia de actuar de manera oportuna ante las problemáticas de salud causadas por el tabaco, tanto en prevención de tabaquismo con niños y

jóvenes hasta tratamiento multidisciplinario para tratar oportunamente los padecimientos causados por el mismo.

La función de La Clínica Contra el Tabaquismo (CCT) del Hospital General de México (HGM) es fundamental para el país ya que es de las instituciones pioneras en mostrar resultados efectivos con técnicas cognitivo conductuales que se basan en estudios solidos realizados con el apoyo y supervisión del Instituto Mexicano de psiquiatría (Puente, 1986). Actualmente no sólo brinda tratamiento de cesación tabáquica, sino que además conoce la importancia de los tratamientos preventivos para erradicar el tabaquismo, por lo cual se imparten pláticas de sensibilización al tabaquismo. La participación del psicólogo en este tema es muy importante porque, con técnicas eficaces, ayudamos al paciente a reestructurar la fuerza de voluntad que éste ha generado por fumar, hacia conductas más saludables. Sabemos también que se requiere de un programa especializado y a los profesionales de la salud más capacitados para lograr, en conjunto con otros especialistas, la cesación definitiva del tabaquismo.

## CAPÍTULO 1. HISTORIA DEL TABACO

---

La historia del tabaco es un tema amplio y que además involucra a la sociedad mundial. A continuación se muestran algunos de los datos más relevantes mencionados en el Atlas de Tabaco (2012).

- En el año 6000 a. C. se cultiva en las Américas la primera planta de tabaco.
- En 1492 Cristóbal Colon regresa de las Américas a Europa portando las primeras hojas y semillas de tabaco. La expansión del tabaco se da en el siglo XVI a países como China, África, Francia, Corea, India, etc.
- En 1577 se llegó a usar el tabaco como método para curar el cáncer.
- Para el siglo XVII el tabaco ya es cultivado con fines comerciales y en 1614 se abren 7000 tiendas de tabaco en Inglaterra. En este siglo el tabaco se encuentra en diferentes etapas de desarrollo en diversas partes del mundo, en países como Turquía, China, Corea y Francia está prohibido el consumo de tabaco a diferencia de Sudáfrica, Rusia, África y las Américas donde se produce e incentiva su uso.
- En el siglo XVIII ya se consume el tabaco de manera más común e inclusive comienza la exportación de tabaco.
- En 1881 se patenta la primera máquina para hacer cigarrillos, la cual produce alrededor de 120.000 cigarrillos por día, lo cual equivale al trabajo de 48 personas.
- A partir de 1900 comienzan a surgir compañías tabacaleras en diversas partes del mundo.
- En 1924 la revista Reader's Digest publica un artículo que promueve la reflexión para las personas que están a punto de comenzar a fumar, el cual se llamó: "El tabaco ¿perjudica al cuerpo humano?" Años más tarde en Alemania se publica la primer evidencia estadística formal de cáncer de pulmón relacionado con consumo de tabaco, encontrada por Fritz Lickint, el cual en 1936 usa por primera vez el término 'tabaquismo pasivo'.



- A partir de 1947 se comienzan a hallar bases médicas y científicas que relacionan el consumo del tabaco con el cáncer de pulmón y otras enfermedades.
- En 1958 se funda el Tobacco Institute en Estados Unidos.
- Para 1969 aparece el informe del Cirujano General que confirma la relación entre el tabaquismo y el cáncer.
- En los años 70's la problemática del tabaco se polarizó, por un lado en el 77 se celebra en Estados Unidos el día nacional sin fumar y por otro lado en el 79 se forma la Organización libre para disfrutar el derecho de fumar tabaco.
- En el año 1977 Shimp v. New Jersey Bell Telephone Co. presenta la primera demanda legal en el mundo relacionado con el tabaquismo involuntario. A la empleada de oficina se le otorga un mandato para asegurar un área de no fumadores en su lugar de trabajo.
- En 1988 se celebra el primer Día Mundial sin Tabaco de la OMS, el cual se ha convertido en evento anual celebrado el 31 de Mayo con diferente temática.
- Para el 2005 entra en vigor el Convenio Marco, el cual utiliza leyes internacionales para reducir uso del tabaco.

## CAPÍTULO 2. TABAQUISMO

---

El tabaquismo es un problema de salud ligado a una conducta que, más que un hábito, es una adicción, debido a la nicotina que es sumamente adictiva. Existen diversas formas de consumir el tabaco: mediante cigarrillos (fumar), en rape seco (inhalar), rape húmedo (absorción) o mediante chicles o parches.

El cigarrillo manufacturado es la forma más habitual de consumir tabaco, aunque también puede consumirse mediante cigarrillos hechos por la propia persona, puros (cigarro), bidis, pipas de agua, pipas y bastones.

IMAGEN 1. FORMAS DE FUMAR TABACO



Fuente: Eriksen, Mackay y Ross. (2009). *El atlas de tabaco*, (3ra ed.). Atlanta: American Cancer Society and World Lung Foundation

La adicción al tabaco es un proceso complejo que puede ser visto desde dos perspectivas principalmente: la dependencia psico-social y la dependencia física.

## **2.1 DEPENDENCIA PSICO-SOCIAL**

El consumo de tabaco suele comenzar en la adolescencia, entre los 13 y 14 años de edad y se ha encontrado que mientras menor sea la edad de inicio de consumo mayor será el riesgo de convertirse en un fumador regular (Medina-Mora, Villatoro, Robles & Real, 2010) y probablemente en un adicto. Existen factores de riesgo que pueden facilitar el inicio de consumo de tabaco en niños y jóvenes; Ocampo (2007) describe los factores de riesgo como: “todo aquello que permita e induzca al niño y/o adolescente a consumir el tabaco” y señala tres tipos: individuales, familiares, sociales. Los individuales hacen referencia a la propia personalidad y experiencia como individuo. Los familiares hablan del contacto con el tabaquismo que se obtiene de los padres, hermanos, familiares cercanos o amigos y que además incluyen violencia familiar o deficiencia de comunicación. Los sociales se refieren a la accesibilidad que se tiene para adquirir tabaco, la influencia de las campañas publicitarias, la imitación, entre otras.

Si bien es cierto que no todas las personas que se inician en el consumo de tabaco generarán dependencia, ya sea psico-social o física, sabemos que el consumo, sumado a ciertos factores de riesgo, puede desencadenarse en cualquiera de ellas.

La dependencia psicológica está formada por los valores y atribuciones que el fumador deposita en la conducta de fumar. Además la nicotina, y otras sustancias, generarán en el cuerpo malestar si se retira su consumo (síndrome de abstinencia), aunado a esto quienes deciden dejar de fumar piensan que no tienen “fuerza de voluntad”, o al contrario, que pueden dejar el tabaco cuando lo decidan. En ocasiones cuando aparece el síndrome de abstinencia los exfumadores piensan que estaban mejor cuando fumaban, puesto que no se sentían irritables, ansiosos o simplemente piensan que se sentían mejor fumando. Al respecto Boal (1988) refiere:

*“Es frecuente oír a los fumadores, el día que deciden dejar de fumar, que no pueden, aparece en ellos un estado de ansiedad, irritabilidad, mal humor, conocido como síndrome de abstinencia, que no pueden soportar y llega un momento que, en contra de su deseo, empiezan a fumar de nuevo, porque prefieren estar mal fumando a estar mal sin fumar”.*

Dentro de la dependencia psicológica también se da el fenómeno de automatización, es decir que se deja de ser consciente de la conducta de fumar, y se realiza de manera “automática” tal como conducir, caminar o respirar. Tan sólo una persona que ha fumado durante 10 años una cajetilla diaria de cigarrillos habrá repetido la conducta de llevarse el cigarrillo a la boca al redor de 73.000 veces, por lo que después de ese tiempo la conducta se automatiza (Teixeira, Pueyo & Álvarez L. 2005).

No hay un perfil específico de personalidad que predisponga o cause la dependencia al tabaco, los factores por los cuales se continúa su consumo son casi tan diversos como fumadores existan, aunque algunos rasgos como inmadurez, baja autoestima, inseguridad, conformismo, dependencia del grupo, búsqueda de sensaciones y algunos procesos psiquiátricos, como los trastornos afectivos, la esquizofrenia, los trastornos de la personalidad y otros trastornos relacionados con sustancias, suelen ser frecuentes en los consumidores de tabaco. Cada persona atribuye significados a su propia conducta de fumar, por ejemplo existe la idea de que el fumar ayuda a mejorar la digestión, que ayuda a relajar o que mejora el nivel de atención; en general las actividades que por sí mismas podrían resultar placenteras dejan de serlo si no son acompañadas de un cigarrillo.

## **2.2 DEPENDENCIA FÍSICA Y ADICCIÓN**

Para que el tabaquismo se considere una adicción debe presenta las siguientes características (Lorenzo, Baraibar, Melgar, Parodi, Gambogi, & cols. 2009):

- Conducta impulsiva y repetitiva.
- No se tiene control sobre el consumo, aun a sabiendas de que causa daños a la salud.
- Produce tolerancia.

- Presenta síndrome de abstinencia (al dejar el consumo de tabaco).
- Alteración de la vida diaria y social.

La dependencia física es la necesidad que el cuerpo ha generado a dicha sustancia, y no necesariamente es considerada adicción. Por otro lado la adicción es la necesidad compulsiva de fumar cuando los niveles de nicotina en la sangre han disminuido y la falta de ésta provoca en el organismo una serie de signos y síntomas a los que se denominan *síndrome de abstinencia* (véase la tabla 1).

Se ha encontrado que la nicotina es la principal sustancia causante de la adicción. La nicotina es un alcaloide líquido que, al igual que otras drogas, produce modificaciones en la neurotransmisión cerebral.

El proceso fisiológico de la adicción es un tema basto por lo cual será abordado de manera breve. La acción de la nicotina comienza desde que se da “el golpe” (fumada) al cigarrillo y el humo viaja a través del sistema respiratorio hasta los pulmones y de ahí es transportado mediante el torrente sanguíneo hasta el cerebro, donde por un lado activa los mecanismos de gratificación y por el otro activa nuestros mecanismos de atención y vigilancia. La rapidez de la nicotina en llegar al cerebro puede variar según la presentación de la misma (chicles, cigarrillos, puros, parches etc.) pero se calcula que pueden ser alrededor de 10 segundos (Leshner, 2007). La nicotina tiene la capacidad de “engañar” a nuestro cerebro haciéndole creer que está produciendo más dopamina, acetilcolina y noradrenalina de la que puede recibir y por consiguiente nuestro cerebro realiza “ajustes” para recibir dicha cantidad extra. A esos “ajustes” se les conoce como *tolerancia* y son los encargados de que cada vez se necesite más y más nicotina. Una vez que el organismo ha generado dependencia, la restricción de nicotina en el organismo produce síndrome de abstinencia, el cual se caracteriza por presentar, irritabilidad, ansiedad, aumento de apetito, entre otras (véase tabla 3).

**TABLA 1. SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA**

SIGNOS	SINTOMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro cognoscitivo</li> <li>• Disminución de la memoria reciente</li> <li>• Disminución en el rendimiento</li> <li>• Disminución en las características de la actividad al despertar (EEG)</li> <li>• Aumento en las características de la somnolencia y despertar incompleto</li> <li>• Disminución de la frecuencia cardíaca</li> <li>• Disminución de la presión arterial</li> <li>• Disminución de catecolaminas circulantes</li> <li>• Aumento de la temperatura cutánea</li> <li>• Aumento del flujo sanguíneo periférico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malestar General</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Inquietud</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Dificultad de concentración</li> <li>• Craving</li> <li>• Somnolencia</li> <li>• Cefaleas</li> <li>• Aumento del apetito</li> <li>• Alteraciones del sueño (insomnio)</li> <li>• Temblor</li> <li>• Tos</li> <li>• Aumento de la hostilidad</li> <li>• Molestias Gastrointestinales</li> </ul>

Fuente: Saludalia. *Tipos de dependencia y síndrome de abstinencia*, 2008.

### CAPÍTULO 3. TABAQUISMO EN MÉXICO

---

El consumo de tabaco en México se remonta a las civilizaciones prehispánicas, las cuales lo consumían principalmente en pipas. Entre los usos más comunes se encontraban los rituales o los remedios curativos y no fue sino hasta la revolución industrial que el tabaco alcanzó su mayor éxito. Actualmente el mayor productor de tabaco en México es Nayarit, seguido de Veracruz y Chiapas.

La alta demanda de tabaco ha ocasionado que, tan solo en México, se produzcan anualmente 43.7 *billones* de cigarros y a nivel global 1 *millón* cada 5 minutos. El consumo de cigarros en México asciende a los 48,905 millones de cigarros al año, lo cual nos ubica en el lugar 15 de consumo a nivel mundial.

La Secretaría de Salud señala un costo cercano a los 75 mil millones de pesos anuales para el Sistema Nacional de Salud, como consecuencia de la atención de padecimientos ligados al tabaquismo (González, 2010).

Los esfuerzos por erradicar este problema han sido constantes, por ejemplo: México fue el primer país latinoamericano en firmar el Convenio Marco, desarrollado por la OMS, el cual tiene la finalidad de que los países generen medidas de control y erradicar de manera conjunta el tabaquismo a nivel mundial. Entre las medidas implementadas a partir del este convenio se encuentran:

- Propiciar espacios 100% libres de humo de tabaco.
- Incremento al costo del tabaco, lo cual dificultará el acceso a este.
- Cero publicidad, patrocinio y promoción del tabaco.
- Revisar el comercio ilícito, entre otras.

Pese a todas estas medidas el tabaquismo no parece disminuir y algo muy perjudicial para nuestro país es que, contrario a lo que sucede en el mundo, la epidemia se encuentra focalizada en la población con mayor nivel de escolaridad (Reynales, Lazcano & Hernández, 2010). Es importante también destacar que la prevalencia de tabaquismo en los profesionales de la salud debe ser atendida con urgencia debido a que su imagen y el rol que

desempeñan en la sociedad son muy importantes para el avance en esta materia.

Otro foco de atención son los adolescentes pues se ha encontrado que cada vez es menor la edad de inicio de consumo, además de que es bien sabido que en muchas ocasiones el cigarro es la puerta de entrada para el alcohol y otras drogas ilegales.



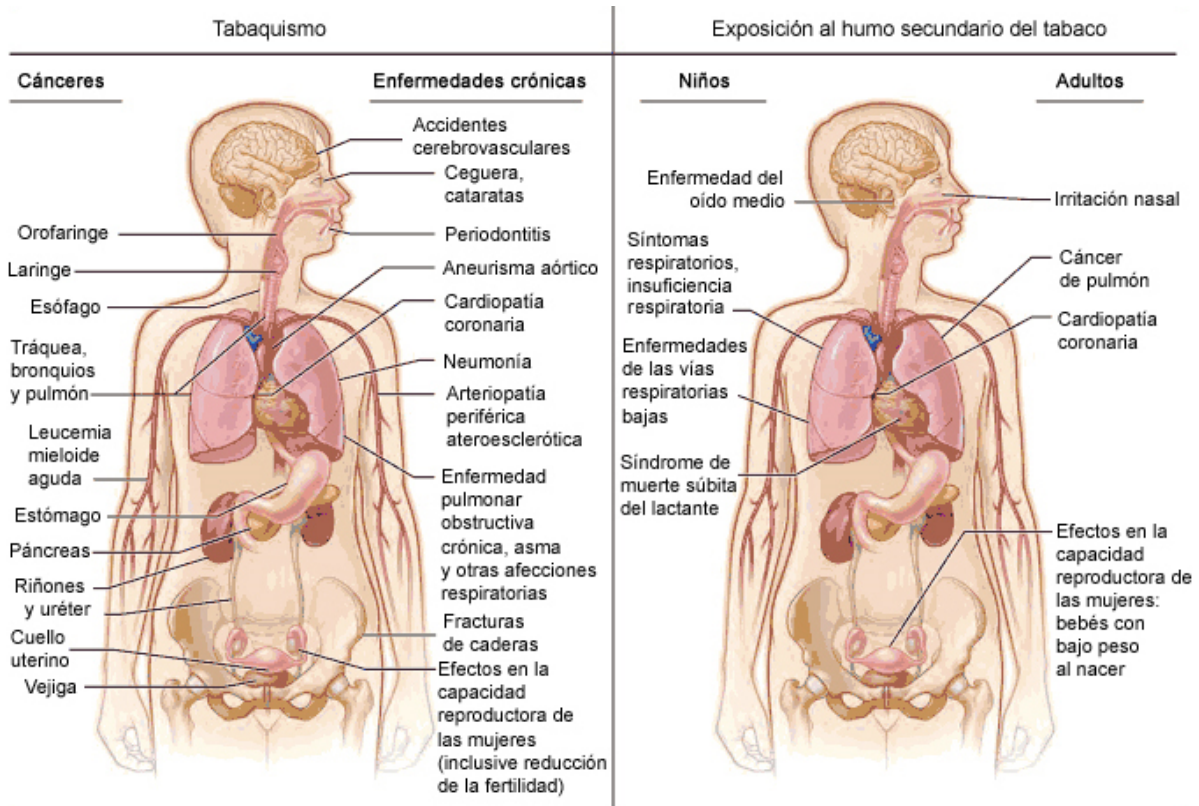
## **CAPÍTULO 4. DAÑOS A LA SALUD FÍSICA CAUSADOS POR EL TABAQUISMO**

---

Además de la nicotina se han encontrado más de 7,000 sustancias químicas en el humo de los productos de tabaco (Atlas de Tabaco, 2015), de los cuales, al menos, 250 son nocivos para la salud y más de 50 causan cáncer (OMS, 2013). Algunos de los elementos nocivos que se encuentran son: Acetona (diluyentes de pintura), Amoniaco (limpiador de piso), Butano (Combustible de encendedores), Cadmio (baterías de auto), Tolueno (solvente industrial) y DDT (insecticidas), etc. El efecto de la nicotina no se limita al consumo directo de la misma sino que además las sustancias químicas tóxicas segregadas por la exhalación del humo de tabaco pueden ser absorbidas por la piel y por la mucosa de la boca y la nariz, lo cual afecta tanto al fumador como al no-fumador (fumador involuntario) que también inhala el humo del tabaco. El tabaquismo afecta casi todas las partes del cuerpo, desde la cabeza hasta la punta de los pies, esto debido a que los componentes dañinos que contiene viajan por la sangre y por la saliva.

Es muy conocido que los fumadores tienen dientes amarillos, mal aliento, arrugas prematuras, y en general olor a tabaco en manos y ropa. Se caracterizan por tener mala circulación y adormecimiento de extremidades, pero eso no es todo, el tabaquismo produce más enfermedades de las que en ocasiones se cree, entre ellas se encuentran: cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago, así como leucemia, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, infarto, infertilidad, entre otras enfermedades (OMS, 2013). Como ya se mencionó el tabaquismo acaba con la mitad de sus consumidores en edades entre los 35 y 69 años, perdiendo alrededor de 25 años de vida útil (Estévez, Goja, Blanco & González, 2004). A continuación se muestra una imagen que indica algunos de los daños y donde se localizan.

## IMAGEN 2. CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA CAUSADAS POR EL TABAQUISMO Y LA EXPOSICIÓN AL HUMO SECUNDARIO DEL TABACO



Fuente: Winstead (2010). *New Surgeon General's Report Outlines How Tobacco Smoke Causes Disease*. Nº 4 (7).

Para las mujeres fumadoras a esa lista de enfermedades hay que sumarle: aborto espontáneo, parto prematuro, enfermedades en el feto y menopausia anticipada, entre otras. Así mismo diversos estudios demuestran que las personas expuestas al humo del tabaco también generaran dichas enfermedades (Leshner, 2007).

### 4.1 TRATAMIENTO

Existen diversos tipos de tratamientos para dejar de fumar, los cuales se podrían englobar en dos categorías: el psicológico y el farmacológico.

Dentro del farmacológico se tiene la intención de modificar el mecanismo de acción de la nicotina o reducir la sintomatología del síndrome de abstinencia. Dentro de esta categoría se encuentra la terapia sustitutiva de nicotina que tiene la finalidad de administrar al usuario la cantidad suficiente de nicotina para que no sea necesario recurrir a un cigarrillo. Un ejemplo de

productos usados en esta terapia son: chicles, parches, spray, inhalador, entre otros (Ocampo, 2007).

Con el tratamiento psicológico se logra ayudar al usuario para que pueda modificar la conducta de fumar sin la necesidad de introducir nicotina en su cuerpo. En este tratamiento se llevan a cabo distintas técnicas psicológicas (según la corriente psicológica de la institución), las cuales tienen por objetivo ayudar al usuario a identificar su problemática como fumador y conducirlo a la abstinencia de nicotina. Para poder hablar de una adicción a la nicotina es importante revisar el Manual de la Asociación de Psiquiatría de Norteamérica para el diagnóstico de los trastornos mentales (DSM V, 2014), el cual indica que se habla de un Trastorno por Dependencia de Nicotina si éste provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta dentro de un plazo de doce meses.

Para el tratamiento es de suma importancia tomar en cuenta la etapa de cambio del paciente del modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente (1992 en Becoña & Vázquez, 1997) el cual describe el cambio como un proceso que incluye varias etapas o estadios:

- Pre-contemplación: no tiene intención de dejar de fumar.
- Contemplación: tiene intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses.
- Preparación para la acción: tiene la intención de dejar de fumar en los próximos 30 días y ha hecho un intento serio de abandono en el último año.
- Acción: Deja de fumar.
- Mantenimiento: lleva entre 24 horas y 6 meses sin fumar.
- Finalización: lleva 6 meses sin fumar.

**TABLA 2. CRITERIOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TABACO  
ESTABLECIDO EN EL DSM-V**

A.	Un modelo problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1.	Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2.	Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
3.	Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
4.	Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.
5.	Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. interferencia con el trabajo).
6.	Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).
7.	El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8.	Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej. fumar en la cama).
9.	Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
10	Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos: a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
11.	Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes: a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de tabaco). b. Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

#### **4.2 RECAÍDA**

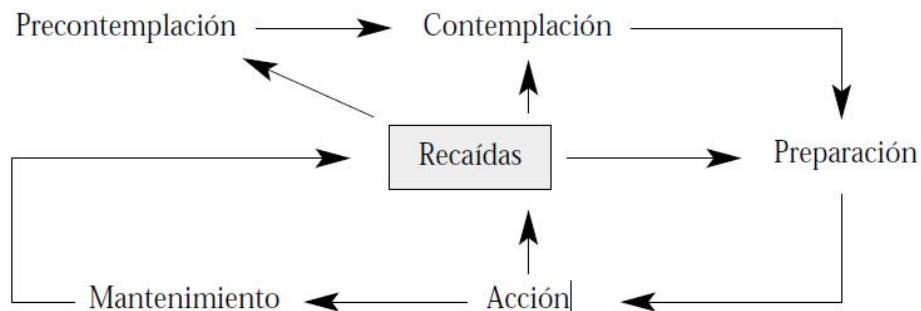
Una etapa muy importante del tratamiento es la de mantenimiento, pues en esta la abstinencia debe alargarse a seis meses y después de esos seis meses se llegará a la etapa de finalización. En esta etapa el nuevo hábito es más sólido y será menos probable, aunque no imposible, que se presente nuevamente la conducta de fumar (recaída).

Sin ayuda, la mayoría de las personas que intentan dejar de fumar recaen tan sólo una semana después de haberlo dejado y únicamente el 4% mantendrá la abstinencia después de un año (Lindson, Aveyard, Ingram, Inglis, Beach, West & Michie. 2009).

La recaída es parte de un ciclo de aprendizaje en el que el usuario puede reconocer el cambio, su progreso y aprender de la experiencia e intentar estar alerta para no reincidir en el tabaquismo. Aunque no siempre es así, algunos usuarios ven la recaída como un fracaso, lo cual le desmotiva y éste puede volver a un patrón similar a cuando inició el tratamiento.

A pesar de que la recaída es un fenómeno que no puede predecirse, sí podemos hacer uso de algunas herramientas para intentar evitarla, por ejemplo Puentes (1984) menciona la importancia de los seguimientos, debido a que éstos cumplen una función terapéutica y suelen reforzar la abstinencia. Por otro lado el modelo de cambio de Prochaska y Di Clemente (1992) al ser un modelo circular, ayuda al usuario a reentrar en el proceso hasta obtener el resultado deseado.

IMAGEN 3. FASES DE ABANDONO



Fuente: Barrueco F, Hernandez M, Torrecilla G (2003). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ergon.

TABLA 3. ABSTINENCIA DE TABACO ESTABLECIDO EL DSM-V

A.	Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.
B.	Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:
	1. Irritabilidad, frustración o rabia
	2. Ansiedad.
	3. Dificultad para concentrarse.
	4. Aumento del apetito.
	5. Intranquilidad.
	6. Estado de ánimo deprimido.
	7. Insomnio.
C.	Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Una vez que se ha hecho el diagnóstico se comienza el tratamiento más adecuado para el consumidor. En la CCT del HGM, por ejemplo, se utiliza terapia cognitivo-conductual que trabaja técnicas como: terapia racional emotiva, técnicas de autocontrol, técnicas de relajación y evitación, entre otras. Más adelante se abordará detalladamente el tratamiento psicológico que se brinda dentro de dicha institución.

## CAPÍTULO 5. CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO

---

En la década de los 80's el Instituto Mexicano de Psiquiatría (hoy Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente), llevó a cabo un importante programa de investigación sobre la cesación del consumo de tabaco, en tres instituciones gubernamentales: el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Perinatología. Dicha investigación tuvo como objetivo establecer perfiles de los diferentes tipos de fumadores del país y evaluar la eficacia de las técnicas educativas y educativo-conductuales en el tratamiento de cesación. Estos programas se enfocaron tanto en los tratamientos psicológicos como en el médico-biológico, ya que ambos son de importancia para entender el complejo proceso del tabaquismo (Puente, 1986).

Lo importante a resaltar de esta investigación es que en el caso específico de la Clínica contra el Tabaco "Raúl Cícero Sabido" del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", se fundó no sólo como programa de cesación tabáquica sino también como Programa de Educación para la Salud intra y extramuros y que hasta la actualidad se ha enfocado en la prevención del consumo orientando su quehacer a la población más vulnerable como son los niños y las mujeres. Además implementó desde ese mismo año cursos y talleres para la capacitación y educación dirigidos a los Profesionales de la Salud interesados en el tema y abrió sus puertas a los estudiantes de Pregrado de la Facultad de Psicología como clínica escuela en las modalidades de Servicio Social y Prácticas Profesionales (gracias a esto posteriormente se abren las puertas a otras escuelas y universidades no solo en el área de Psicología), y se continuó en investigación de tratamientos efectivos tanto en Psicología como en la rama Médica (Ocampo, 2007).

La Clínica Contra el Tabaco "Raúl Cícero Sabido" ha sabido a través de estos 33 años de existencia, con sus programas de atención, rehabilitación, educación en salud, así como espacios 100% libres de humo de tabaco, ir de la mano con investigaciones de gran prestigio, lo cual es fundamental debido a que proporciona atención de tercer nivel. Todo este esfuerzo es gracias a su

grupo de profesionales especialistas en adicciones que cuentan con estudios de maestría y doctorado en salud.

**IMAGEN 4. MODELO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TABAQUISMO EN MÉXICO.**



Fuente: Secretaría de Salud (2016). *Actualización profesional en salud. Consejo nacional contra la Adicciones.*

## 5.1 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EN LA CLINICA CONTRA EL TABAQUISMO<sup>1</sup>

### Objetivo general:

Formar profesionales de la salud mental con calidad, calidez, éticamente responsables y comprometidos. Para que los pasantes obtengan y desarrollen habilidades en la aplicación de las técnicas de modificación de conducta y terapéutica cognitivo conductual enfocadas al tratamiento de las adicciones (tabaquismo).

### Objetivos específicos:

- Que los pasantes de Psicología obtengan y desarrollen habilidades en el trato directo con usuarios.
- Conozcan y Manejen las Técnicas de Modificación de Conducta y Terapia Cognitivo Conductual enfocadas al tratamiento de las conductas adictivas en especial la relacionada con el tabaco.

<sup>1</sup> Hospital General de México. *Cronograma de actividades de Servicio Social.* México, DF: Secretaría de Salud.



**Actividades específicas:**

- Buscar y revisar bibliográfica sobre temas relacionados a conductas adictivas y salud.
- Inducir a las Teorías y Técnicas Cognitivo Conductuales, así como en el modelo transteórico de motivación al cambio y entrevista motivacional.
- Elaboración de material psicoeducativo (rotafolio sobre Adicciones y Salud).
- Aplicar modelos preventivos mediante pláticas de sensibilización sobre Tabaquismo, drogas y salud; así como del Programa Médico-Psicológico para dejar de fumar que la Clínica contra el Tabaquismo ofrece a la población asistente al Hospital General de México O. D.
- Instrumentar motivación al cambio y adherencia terapéutica de primer contacto, informando al usuario sobre los pasos a seguir dentro del programa para dejar de fumar de la Clínica contra el Tabaquismo.
- Participar como co-terapeuta en la aplicación de Entrevista Clínica enfocada al consumo de tabaco y comorbilidad psiquiátrica.
- Participar como observador en la intervención para dejar de fumar en sus diferentes modalidades.
- Integrar el expediente psicológico.
- Educación continua mediante asistencia a eventos académicos en distintas sedes.

**Habilidades que desarrollará:**

- Manejo de información referente al tabaquismo y sus implicaciones psicológicas y fisiológicas en el organismo.
- Conocimiento en la aplicación de entrevista semiestructurada orientada al consumo de tabaco.
- Manejo de Técnicas Cognitivo Conductuales aplicadas a la adicción al tabaco.
- Manejo de herramientas para la promoción de la Educación para la Salud (elaboración de rotafolio e impartición de pláticas informativas)

- Experiencia en el trato directo con usuarios de tabaquismo.
- Experiencia en el trabajo terapéutico para la cesación de la conducta de fumar.

**Trabajos a realizar:**

- Tabaquismo: ¿qué es?, adicción física y psicológica, daños a la salud y tratamiento.
- Elaboración de rotafolio con el tema “Tabaquismo, Adicciones y Salud”
- Principios de Modificación de Conducta
- Terapia Racional Emotiva
- Terapia Cognitivo-Conductual
- Manejo de Grupo Terapéutico
- Proceso de Duelo
- Depresión y Tabaco
- Investigación bibliográfica sobre el lema del Día Mundial sin Tabaco, el cual varía año con año.

**Formas de evaluación de actividades:**

- Examen escrito al inicio y fin de las prácticas profesionales.
- Registro de asistencias (100%, faltas se recuperan las horas).
- Registro de entrega de trabajos realizados (llenado de formato).
- Registro de impartición de pláticas (llenado de formato).
- Reporte de cada una de las sesiones a las que haya asistido el practicante, en la que incluya cómo se sintió durante la sesión y las técnicas que considera que el terapeuta utilizó y su finalidad.
- Supervisión directa por parte del supervisor responsable de prácticas clínicas.
- Trabajos extras específicos.

## **5.2 ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL**

- Revisión bibliográfica de temas de salud y conductas adictivas.
- Impartición de pláticas de sensibilización en los diferentes servicios del HGM.
- Atención como terapeuta y co-terapeuta a usuarios de la clínica contra el tabaquismo.
- Integración de expedientes clínicos.
- Participación en talleres, simposios y congresos que formaron parte de la actualización y el enriquecimiento clínico.
- Participación en la elaboración de un manual de intervención para profesionales de la salud con título: "Programa Educativo Para la Cesación de Tabaco por Personal de Enfermería, Trabajo Social y Nutrición".

## **CAPÍTULO 6. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO**

---

Abandonar el tabaquismo no es un hecho que se realiza de la noche a la mañana, es un proceso con diferentes etapas y cambios a lo largo del tiempo. Es importante identificar que cada individuo fuma por diferentes atribuciones que le ha otorgado al fumar, los cuales van a influir directamente con su decisión de cambiar una conducta que en muchos de los casos es placentera.

### **6.1 METODOLOGÍA DEL TRATAMIENTO DE CESACIÓN TABAQUICA<sup>2</sup>**

El tratamiento que se da en la clínica es multidisciplinario, debido a que éste es médico-psicológico y consta de ocho sesiones, en promedio, que pueden ser individuales de 50 minutos o grupales de 1hr.y 30 minutos, una vez por semana. El objetivo principal de la clínica es ayudar a que el usuario logre la abstinencia definitiva mediante el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento.

En la CCT se busca la cesación abrupta del consumo de tabaco pues se ha encontrado en diversos estudios que al cesar el consumo de tabaco abruptamente es más probable que se obtenga como resultado la abstinencia definitiva a largo plazo (6 meses-1 año) que reduciendo gradualmente el consumo. Respecto a esto Lindson & cols. (2009) encontraron que los participantes que reducen gradualmente el consumo de tabaco tienen la creencia de que con la reducción, cada cigarrillo restante será más gratificante y por consiguiente resultará más difícil de darse por vencido y, mientras tanto, el fumador va a sufrir una pérdida de motivación antes de llegar al punto en el que se logra la abstinencia total. También reportan en su estudio una tasa del 39,2% de abstinencia a las 4 semanas, de los que dejaron el cigarrillo de forma gradual, en comparación con un 49% de los individuos que finiquitaron abruptamente.

---

<sup>2</sup>Ocampo M. A. (2007). *“Programa de cesación de tabaquismo en un hospital de tercer nivel”*. *Terapia Breve Cognitivo Conductual*. México: secretaría de salud.

La ENA (2011) reporta que el 58.4% de los fumadores han intentado dejar de fumar y que de las personas que lo dejan el 57.2% lo ha dejado súbitamente y el 17.6% disminuyendo gradualmente el número de cigarros.

Puente, Balzaretto y de la Teja (1984) mencionan en su informe “experiencias de la clínica de tabaquismo. Resultados de un programa cognitivo conductual” que la reducción de tabaquismo no es tan favorable puesto que el usuario puede reincidir en la conducta de fumar fácilmente en un ambiente de estrés. También recomiendan la suspensión abrupta sobre la suspensión gradual debido a que resultó ser más efectiva en dicho estudio.

A continuación se describe brevemente cada sesión del tratamiento.

### **Entrevista de primera vez**

La intervención que se proporciona en la Clínica comienza con una entrevista semi-estructurada, la cual se aplica al usuario que asiste por primera vez (véase anexo 1). En dicha entrevista se recaba la información general del usuario y se indaga sobre su patrón de consumo. Es importante mencionar que la entrevista es motivacional, pues ésta nos permite impulsar al usuario para que tome el tratamiento y darle la seguridad de que le proporcionaremos todas las herramientas necesarias para que pueda modificar su conducta adictiva. En esta sesión también se aplica la batería de pruebas psicológicas: Fargueström, Russell, Barrat, IDARE, CESD, BDI y BAI (véase anexo 2). Una vez que el usuario realiza su entrevista de primera vez se le da cita para iniciar tratamiento.

### **Sesión 1**

#### **Objetivos:**

- Establecer el rapport
- Establecer el encuadre
- Comenzar con los principios de modificación de conducta

#### **Actividades:**

1.- Rapport

- Crear un ambiente de confianza y cooperación mutua para entablar una comunicación donde no haya juicios, distorsiones o malos entendidos, sino una escucha sana.

## 2.- Encuadre:

- Meta del programa
- Horarios
- Lineamientos del contrato terapéutico
- Importancia de los estudios médicos

## 3.- Modificación de conducta:

- Estilos de vida saludables
- Tareas en casa
- Explicación de auto-registros
- Historia de consumo de tabaco

## 4.- Auto afirmaciones positivas de ánimo (auto-dialogo Eficaz TREC)

### **Procedimiento:**

En la primera sesión se establece el rapport, dando la bienvenida cálidamente y presentándonos con el usuario. Se realiza el encuadre, explicando con claridad en que consiste el tratamiento y se resalta la importancia de los estudios médicos para su recuperación. Se fomentan los estilos de vida saludables y la importancia de realizar ejercicio. Al final de la sesión se explica la importancia del auto-registro de línea base y como se llena (véase anexo 3).

### **Tarea:**

- Llenado de auto-registro línea base.
- Poner en práctica los estilos de vida saludables.

## **Sesión 2.**

### **Objetivos:**

- Reconocer patrones de consumo
- Reconocer mecanismos de adquisición de las conductas (fumar)

**Actividades:**

1.- ¿Qué es el aprendizaje?:

- Definición
- Aprendizaje social
- Mecanismos de aprendizaje

2.- Tabaquismo como conducta aprendida:

- Relación entre aprendizaje e historia de consumo
- Relación de aprendizaje con auto-registro inicial/auto-monitoreo

3.- ABC de la terapia racional emotiva:

- Autoafirmaciones positivas de ánimo (auto-dialogo Eficaz TREC)

**Procedimiento:**

En la segunda sesión se explica al usuario cómo es que se adquiere y mantiene una conducta por medio de la imitación y el reforzamiento y la forma en que se automatiza dicha conducta. También se ayuda a que el usuario reconozca sus patrones de consumo y los mecanismos de adquisición de las conductas, relacionándolo con la teoría del aprendizaje, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo. Para esto es importante revisar su historia de consumo y el auto-registro. También se explica el modelo A-B-C y se fomentan nuevamente los estilos de vida saludables y el ejercicio.

**Tarea:**

- Llenado del auto-registro
- Realización de estilos saludables
- Aplicación de autoafirmaciones positivas de ánimo (auto-dialogo Eficaz TREC)

**Sesión 3****Objetivos:**

- Identificación del tabaquismo como adicción
- Dar a conocer los mecanismos de dependencia, biológica, psicológica y social

- Motivar al usuario hacia su toma de decisión

**Actividades:**

1.- Revisión del auto-registro/auto-monitoreo y de estilos de vida saludables.

2.- Componentes químicos del tabaco:

- Tabaquismo como adicción
- Daños a la salud física

3.- Diferencia entre duelo, síndrome de abstinencia y desintoxicación:

- Síndrome de abstinencia
- Duelo
- Desintoxicación
- Autoafirmaciones positivas de ánimo (auto-dialogo Eficaz TREC)

4.- Establecer fecha de abstinencia

- Escritura emocional auto-reflexiva

**Procedimiento:**

Al comienzo de esta sesión se realiza una revisión del consumo de tabaco del usuario y se explica cómo su consumo fue aumentando, esto nos da pie para explicar procesos como: tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Se motiva al usuario hacia su toma de decisión y se fija la fecha para la suspensión de consumo. También se le explica al usuario los componentes químicos del cigarro, los daños que éste causa a la salud, la diferencia entre los síntomas del síndrome de abstinencia, la desintoxicación y las enfermedades consecuencia del tabaquismo. Como en cada sesión se fomentan los estilos de vida saludables y el ejercicio.

**Tarea:**

- Realizar su carta de despedida del cigarro.

**Sesión 4**

**Objetivos:**

- Reducción de síndrome de abstinencia, desintoxicación y duelo, para el mantenimiento de la abstinencia.



**Actividades:**

- 1.-Ejercicio de respiración profunda y relajación
- 2.- Revisión de síntomas del síndrome de abstinencia
- 3.- Lectura de carta de despedida.
- 4.- Autoafirmaciones positivas de ánimo (auto-dialogo Eficaz TREC)

**Procedimiento:**

Esta sesión se inicia con un ejercicio de respiración profunda para reducir las molestias causadas por el síndrome de abstinencia. Al terminar la relajación se identifican las estrategias que funcionan para llevar a cabo la meta del usuario. Después de esto el usuario lee en voz alta su carta de despedida y se identifican los pensamientos irracionales y las emociones causadas por el duelo. Se enseñan auto-instrucciones y auto-diálogos eficaces para seguir logrando la abstinencia, pues de ello dependerá que el usuario se mantenga en abstinencia.

**Sesión 5****Objetivos:**

- Desarrollo de habilidades para el afrontamiento de situaciones causantes de estrés.

**Actividades:**

- 1.- Revisión estilos de vida saludables
- 2.- Revisión de síntomas que presentó del síndrome de abstinencia, desintoxicación y duelo
- 3.- Relajación con visualización dirigida
- 4.- Ensayo de conductas

**Procedimiento:**

Se conduce al usuario a identificar las habilidades en sí mismo que le faciliten el afrontamiento de situaciones estresantes. En esta sesión se realiza una visualización dirigida y se realizan ensayos de conductas para manejar de mejor forma el estrés. Se motiva al usuario haciendo énfasis en el tiempo que

lleva sin fumar. Se pregunta si ha presentado nuevamente síntomas del síndrome de abstinencia y se motiva a continuar con los estilos de vida saludables.

## **Sesión 6**

### **Objetivos:**

- Ayudar al usuario a desarrollar habilidades sociales.
- Enseñar técnicas de solución de conflictos para mantenerse en abstinencia.

### **Actividades:**

- 1.- Revisión estilos de vida saludables
- 2.- Revisión de síntomas que presentó del síndrome de abstinencia, desintoxicación y duelo
- 3.- Relajación con visualización dirigida y auto-diálogos eficaces
- 4.- Ensayo de conductas

### **Procedimiento:**

Mediante la visualización dirigida se ayuda al usuario a desarrollar habilidades sociales y de solución de conflictos que lo mantengan en abstinencia. En el ensayo de conductas el terapeuta debe estar atento para poder identificar las situaciones estresantes o situaciones que puedan ser factor de recaída para el usuario y volverlo consciente para generar estrategias de afrontamiento. Se pregunta si ha presentado nuevamente síntomas del síndrome de abstinencia y se motiva a continuar con los estilos de vida saludables.

## **Sesión 7**

### **Objetivos:**

- Reconocimiento de factores que puedan incitar al usuario a recaer
- Elaboración de técnicas afrontamiento

### **Actividades:**

- 1.- Revisión de estilos de vida saludables

2.- Aprendizaje

3.- Autoafirmaciones positivas de ánimo (auto-dialogo Eficaz TREC)

**Procedimiento:**

En esta sesión se ayuda al usuario nuevamente a identificar las situaciones, conductas y pensamientos que predisponen la recaída en su medio natural y se ayuda a que el usuario elabore estrategias de afrontamiento a los mismos.

**Sesión 8.**

**Objetivos:**

- Mantenimiento de abstinencia
- Prevención de recaídas

**Actividades:**

1.- Revisión estilos de vida saludables

2.- Identificación y manejo de situaciones en crisis

3.- El auto-registro como método de abstinencia

4.- Visualización dirigida

5.- Autoafirmaciones positivas de ánimo (auto-dialogo Eficaz TREC)

**Procedimiento:**

En esta sesión se ayuda al usuario a prevenir recaídas, se le explica los tipos de recaída y se explica la diferencia entre recaída y desliz. Se le recuerda al usuario que puede hacer uso de la visualización, los auto-registros y la escritura auto-reflexiva. En esta sesión se explican los seguimientos que se llevaran a cabo, el quincenal, el mensual, el trimestral y el anual, para supervisar e identificar los inconvenientes surgidos durante ese tiempo o reforzar el éxito obtenido.

## **Seguimiento**

### **Objetivo:**

- Reforzar las técnicas y habilidades aprendidas con la finalidad de mantener y consolidar la abstinencia.

### **Actividades:**

- 1.- Temas relacionados con la salud
- 2.- Apoyo en el éxito
- 3.- Atención en los diálogos internos
- 4.- Seguimiento médico
- 5.- Ensayo de conductas saludables
- 6.- TREC
- 7.- Canalización a otras especialidades médicas
- 8.- Información sobre nuevos métodos de tratamiento

### **Procedimiento:**

Se cita a todos los ex-fumadores con anticipación y exponen los temas anteriores dependiendo de las necesidades del grupo. También se realiza seguimiento vía telefónica.

## **6.2 PLÁTICAS DE SENSIBILIZACIÓN**

Una de las actividades importantes a realizar, como parte del programa de servicio social dentro de la CCT, se encuentran las pláticas de sensibilización sobre el tabaquismo. La finalidad de dichas pláticas es sensibilizar e introducir a los usuarios al tema del tabaquismo. Estas pláticas se imparten en los diferentes servicios del hospital con la ayuda de un rotafolio y trípticos.

La información que se expone a los usuarios del hospital es la siguiente:

- 1. Salud y enfermedad.**
- 2. Adicción al tabaco.**
- 3. Factores de inicio.**

- a. Sociales
- b. Personales

**4. Tipos de fumador.**

- a. Pasivo
- b. Activo
  - i. Leve
  - ii. Severo
  - iii. Moderado

**5. ¿Qué contiene el cigarro?**

**6. Órganos afectados por el cigarro.**

**7. Enfermedades relacionadas con el tabaco.**

**8. Otros padecimientos relacionados con el tabaquismo.**

**9. Beneficios al dejar de fumar.**

**10. Estilos de vida saludable.**

**11. Tratamiento en la clínica.**

- a. Médico
- b. Psicológico
  - i. 8 sesiones (grupales o individuales)

Al finalizar las pláticas informativas se reparten algunos trípticos a las personas interesadas, las cuales pueden llegar a ser usuarios de la clínica posteriormente.

## CAPÍTULO 7. CASO CLÍNICO

---

**Sr. "D"**

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>
<b>Sexo: Masculino</b>
<b>Edad: 73 años</b>
<b>Estado Civil: Casado</b>
<b>Ocupación: Industria Textil (ocasional)</b>
<b>Religión: Católica</b>
<b>Fecha de Nacimiento: 06/06/1940</b>
<b>Lugar de Nacimiento: Distrito Federal</b>

Con el Sr. D participé como co-terapeuta, atendiéndole dos veces por semana, debido a que él radica en Guadalajara y se encontraba en el D.F por poco tiempo.

El señor D. Se mostró bastante cooperativo y con motivación al momento de la entrevista, es decir él refiere verbalmente sentirse seguro acerca de su decisión y también reporta haberse establecido metas de reducción antes de decidir iniciar el tratamiento en la Clínica contra el Tabaquismo. Este usuario se mantuvo en abstinencia después de la cuarta sesión de tratamiento.

### **Motivo de consulta: Cesación tabáquica.**

Usuario que acude a la CCT para cesación tabáquica. El usuario reporta verbalmente fumar 42 cigarrillos diarios, aproximadamente.

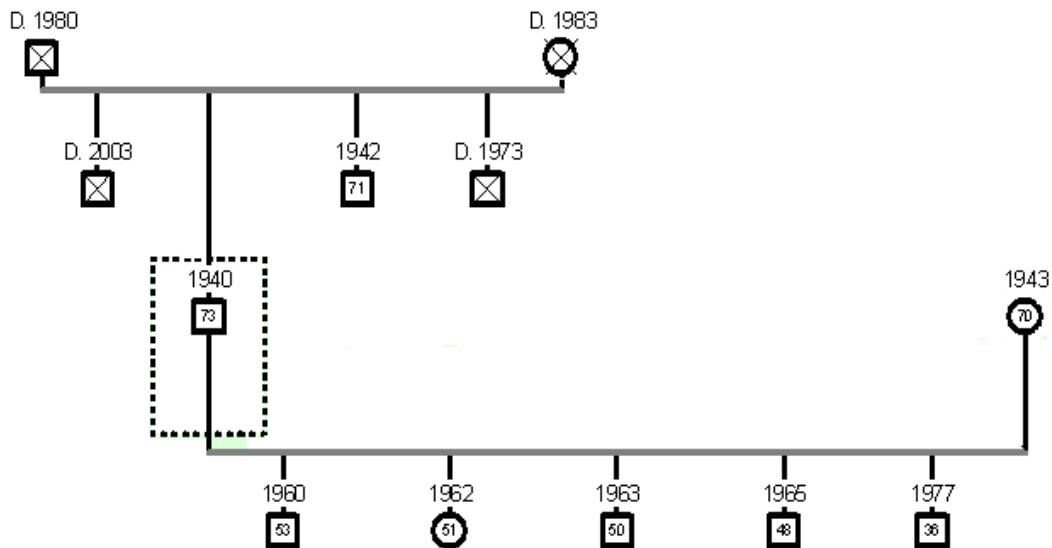
### **Descripción física:**

Usuario masculino de 73 años de edad de apariencia correspondiente a la reportada cronológicamente, de aspecto saludable, estatura 1.70 aproximadamente, de cuerpo saludable y fuerte, con postura erguida. Su cabello es cano y su barba larga; pero arreglada. En general el usuario tiene buen aspecto e higiene personal.

### Descripción de sí mismo:

El usuario se describe como una persona con facilidad para relacionarse, se dice “bonachón” y le gusta ayudar a las personas. Se considera buen hombre y buena persona.

### Familiograma:



### Historia familiar:

El sr. D nació un 6 de Junio de 1940 en el Distrito Federal y es el segundo de 4 hijos; sus padres fallecieron hace aproximadamente 30 años. Actualmente sólo vive él y uno de sus hermanos; y ambos se dedican a la industria textil. Cabe mencionar que uno de sus hermanos murió a causa del tabaquismo (sin especificar).

El sr. D contrajo matrimonio aproximadamente a los 18 años de edad, lleva 55 años de casado y dentro de su matrimonio procreó 5 hijos, actualmente de 53, 51, 50, 48 y 36 años.

### Área escolar:

El sr. D fue un alumno regular que dejó inconclusa la carrera de ingeniería industrial, faltándole dos semestres para terminar. El motivo principal por el cual abandonó la carrera fue el aspecto económico.

### Área laboral:

Se ha dedicado a la industria textil, con su hermano, desde que dejó la carrera de ingeniería. Al principio el negocio le generaba buenos ingresos (aproximadamente dos mil pesos a la semana, ingreso que hace 50 años era mucho dinero, reporta el paciente). Desde hace diez años trabaja en el negocio ocasionalmente, debido a que la demanda de su trabajo ha disminuido considerablemente.

### Área social:

Se considera una persona sociable y aunque no tiene amistades muy profundas. Reconoce tener muchos conocidos y que le agrada ser amable con los demás y ayudarles si lo necesitan. Convive ocasionalmente con sus hijos y en general su mayor convivencia es con su esposa.

### Historia marital y noviazgo:

Se encuentra casado desde hace 55 años y refiere haber estado siempre al cuidado de su esposa. El sr. D comenta que siempre cede ante las discusiones y problemas y que procura siempre estar a la disposición de su esposa, lo cual en la actualidad le causa conflicto; inclusive dice que ya no siente interés por su esposa en ningún aspecto debido a que él siente que ella no se esfuerza por su matrimonio.

### Escalas Psicológicas:

ESCALA	PUNTAJE	RESULTADO
Fargueström	6	Dependencia alta a la nicotina.
Russell	Estimulo: 3 Manipulación: 4 Relajamiento: 6 Reducción de Tencion:4 Necesidad: 6 Adicción: 8	Adicción, necesidad y relajamiento.
Barrat	Impulsividad No Planeada: 17 Impulsividad Cognitiva :13 Impulsividad Motora: 7 Total: 37	Sin datos clínicos de impulsividad



<b>IDARE</b>	Estado: 24 Rasgo: 25 Total: 49	Ansiedad baja Ansiedad baja
<b>CESD</b>	2	Sin depresión
<b>BDI</b>	2	Sin depresión
<b>BAI</b>	1	Sin ansiedad

**Integración:**

El usuario se encuentra en etapa de preparación al momento de la entrevista, debido a que no sólo ha pensado en dejar de fumar sino que él tiene una actitud activa ante la cesación de tabaco, cumpliendo metas a corto plazo inclusive antes de comenzar el tratamiento. Sin embargo estas metas se enfocan en la reducción del consumo y no al abandono, lo cual será importante trabajar en terapia, debido a que el usuario tiene como objetivo la cesación definitiva del consumo de tabaco.

Sus niveles de dependencia y motivos lo ubican como un fumador tipo III donde los niveles de adicción y necesidad por la nicotina son altos, tal y como se puede ver en las pruebas de Fargueström y Russell.

El test de ansiedad IDARE arroja un puntaje bajo, lo cual lo posiciona en “ansiedad baja”, estos resultados pueden ser muy favorecedores para el proceso terapéutico puesto que, al parecer, no hay elementos de su entorno que generen ansiedad en el paciente.

En cuanto a su estado de ánimo las pruebas muestran que el paciente no presenta depresión, aunque es importante mencionar que en su reporte oral nos hace saber que la situación marital lo tiene un poco desalentado.

En general los resultados del paciente nos indican que se tienen buenas herramientas, como autocontrol, capacidad de planeación, establecimiento de metas a corto y mediano plazo y que a pesar de la gran dependencia física que ha generado a lo largo de los años, la motivación que tiene es muy importante para el éxito del proceso terapéutico.

**Diagnostico tentativo:**

Dependencia alta a la nicotina. Tabaquismo F 17.2

**Plan terapéutico:**

Plan de cesación tabáquica de la CCT haciendo hincapié en la maximización de las habilidades sociales del usuario: asertividad, autocontrol, planeación, la capacidad de negarse a fumar.

**Objetivo:**

Cesación del consumo de tabaco, promoción de estrategias de afrontamiento eficaces, solución efectiva de problemas cotidianos y reforzamiento de conductas que promuevan la cesación y el mantenimiento de la misma.

**RESULTADOS**

Se concluyó el programa de cesación tabáquica en 8 sesiones y se trabajó la cesación acorde a la metodología establecida en la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México descrito anteriormente. La cesación definitiva se realizó después de la tercera sesión, llegando a la cuarta sesión en completa abstinencia de nicotina.

**Entrevista de primera vez.** El paciente llegó en la etapa de contemplación acorde al modelo de Prochaska y Di Clemente, ya que el paciente manifestó verbalmente tener la intención de dejar de fumar, inclusive antes de comenzar el tratamiento él ya había establecido metas de reducción de consumo. Para poder llevarlo a la etapa de acción en la primer sesión además de recabar su información y realizar las pruebas, se habló de los beneficios a la salud física al dejar de fumar y se recomendaron estilos de vida saludables, tales como salir a caminar, tomar agua y comer saludablemente, haciendo hincapié en incluir frutas y verduras en su alimentación.

A la entrevista de primera vez el usuario se presentó a tiempo, con higiene personal adecuada y ubicado en las cuatro esferas (espacio-tiempo-persona-circunstancia). Se comenzó la entrevista en la que se recabó toda la historia personal del paciente (historia familiar, escolaridad, área laboral, social, marital e historia de consumo). De toda la información recabada es importante mencionar que su inicio de consumo fue a los 26 años, aumentando gradualmente el consumo de tabaco, sin darse cuenta el momento en que llegó al tabaquismo. También menciona que anteriormente logró la cesación

definitiva por aproximadamente 9 meses y que recayó en el consumo cuando su nuera le insistió en fumarse un cigarro juntos y por “cortesía” accedió. Una vez que volvió a fumar intentó la cesación del consumo auto-medicándose parches y chicles de nicotina sin tener éxito. Posteriormente nos hizo saber que cuatro años antes de iniciar el tratamiento él fumaba 4 cajetillas diarias y redujo su consumo (sin especificar la metodología) a dos cajetillas diarias. El usuario camina 1 hora diaria, le gusta leer, casi no come frutas y verduras y no le gusta tomar agua, usualmente toma café.

**Sesión 1.** En la primera sesión se realizó el encuadre, acordando realizar el tratamiento dos veces por semana en sesiones de 50 minutos, se indagó sobre la recaída que tuvo en su juventud, para poder detectar escenarios o situaciones que propicien vuelva a fumar. Se le habló de la importancia de los estudios médicos y se le explicó cómo llenar el auto-registro línea base, el cual realizará de tarea, y la importancia de la realización de las tareas en casa para el éxito terapéutico.

**Sesión 2.** En esta sesión se le explicó el proceso de la conducta adictiva, los daños orgánicos provocados por el tabaquismo y revisamos el auto-registro línea base y se fomentan los estilos de vida saludables. En esta sesión el sr. D logró identificar algunos patrones y escenarios de consumo, por ejemplo: su conducta de fumar es automática (pues en ocasiones ya no es consciente del momento en que prendió un cigarro) y su escenario principal es en casa.

**Sesión 3.** El paciente acude molesto a la sesión, puesto que fue a Guadalajara a compartir con su esposa la decisión de dejar de fumar y nos comentó que su esposa fue muy indiferente con él y sus decisiones. Ante tal molestia él refiere que se siente mucho más seguro de dejar el cigarro definitivamente. En esta sesión también se realizó un balance decisional que ayudó al sr. D a clarificar y ordenar sus ideas y principalmente a confirmar su decisión de dejar de fumar. La conclusión a la que el paciente llegó con el balance decisional fue que la principal ventaja de cesar el consumo de tabaco, es reducir los daños que este puedan ocasionarle a su salud física, además de poder disfrutar más de su familia en especial a sus nietos. No encontró ninguna desventaja, sin embargo reconoce que será un proceso difícil. Se dejó de tarea

realizar su carta de despedida de tabaco y establecer la fecha de cesación de tabaco.

**Sesión 4.** Para la cuarta sesión el paciente ya llevaba tres días sin fumar por lo cual se hizo un ejercicio de respiración profunda y relajación con la finalidad de reducir algunos síntomas del síndrome de abstinencia, tales como ansiedad o irritabilidad. Posteriormente el paciente leyó la carta de despedida de tabaco. Se habló de los síntomas del síndrome de abstinencia y se indagó sobre cuales había presentado durante los días en que había cesado su consumo.

**Sesión 5.** En la quinta sesión se realizó una visualización dirigida, la cual ayudó al paciente imagine escenarios propios de su ambiente en los que pudiera presentar ansiedad o simplemente la presencia de tabaco, para que pueda evitarlos, o que pueda estar familiarizado con ellos para que no le generen ansiedad. Además se trabajaron técnicas de rechazo, mediante el juego de roles. También se indagó sobre los síntomas del síndrome de abstinencia presentados desde al abandono del consumo de tabaco.

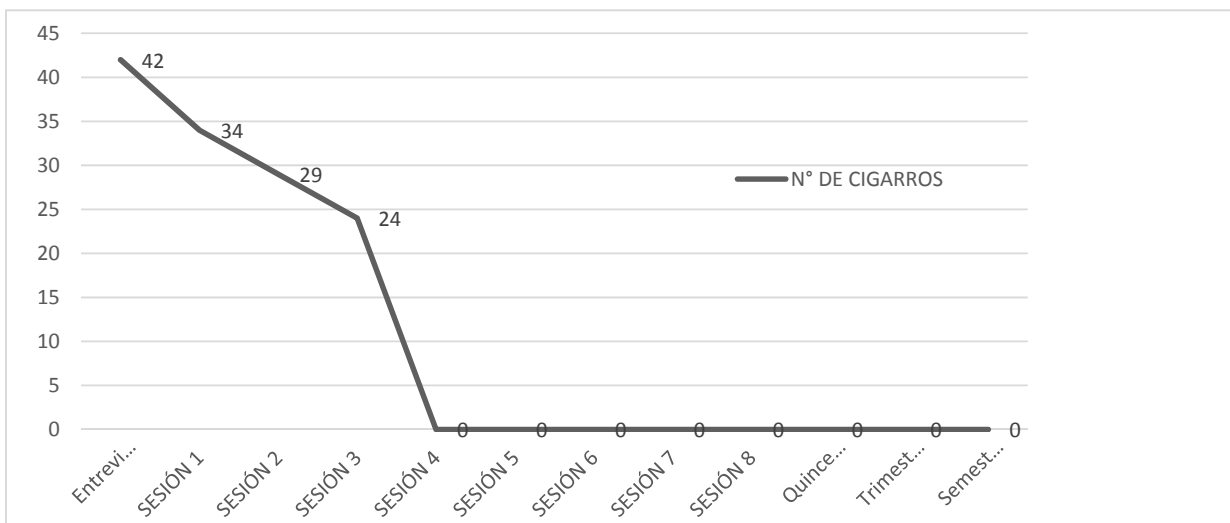
**Sesión 6.** En esta sesión se habló sobre los síntomas de síndrome de abstinencia y sobre estilos de vida saludables. Se volvió a hacer un ejercicio de visualización dirigida en la que se le pidió imaginarse un ambiente libre de tabaco y algunas situaciones en las que tendría que rechazarlo, en su ambiente natural. Se indagó sobre su acercamiento con el tabaco durante las anteriores semanas y él mencionó que sí ha convivido con personas que fuman y que ha empleado la técnica de evitación para mantenerse en abstinencia.

**Sesión 7.** En esta sesión se explicó el fenómeno de recaída. Se enfatizó la importancia de ver la recaída como parte del proceso terapéutico, y así evitar que, en caso de que fumase nuevamente, él mismo pueda aprender de esa experiencia, identificando los factores de riesgo, escenarios, emociones etc. que ocasionaron la reincidencia. También se habló de la importancia de tener ambientes seguros, algún lugar libre de tabaco al que pueda acudir cuando tenga deseos de fumar.

**Sesión 8.** En esta última sesión se realizó el cierre terapéutico. Para lograr un impacto positivo en el usuario se le mostró su gráfica de consumo, la

cual registró su consumo de tabaco desde la primera hasta la última sesión. Hablamos de los logros obtenidos durante las sesiones los cuales van más allá de la cesación tabáquica. El sr. D logró identificar escenarios de riesgo, escenarios seguros, logró maximizar sus habilidades sociales como autocontrol y asertividad. Se le explicaron los seguimientos que se van a realizar posteriormente, los cuales serán: quincenal, mensual, trimestral, semestral y anual, los cuales pueden ser directamente en la clínica o vía telefónica. El paciente se mostró agradecido y muy emotivo al final de la sesión y nos agradece por ser la guía de lo que él considera el inicio de un gran cambio.

**GRÁFICA 1. PROMEDIO DE CIGARRILLOS FUMADOS SESION A SESION Y SEGUIMIENTOS.**



En la gráfica se muestra el desarrollo de la cesación tabáquica del usuario, el cual acudió a la CCT consumiendo 42 cigarrillos diarios, los cuales fueron disminuyendo en un promedio de 6/8 cigarros entre cada sesión, hasta llegar a la suspensión abrupta la cual se logró en la cuarta sesión. El registro de dicha conducta se realizó por medio del auto-registro y el reporte verbal. La disminución de cigarros en esta primera etapa no se trabajó mediante un acuerdo terapéutico, es decir el usuario ya había establecido metas de reducción independientes al tratamiento de la CCT, aunque él reporta que el soporte psicológico fue un factor determinante para llevar a cabo la conducta de reducción durante las primeras sesiones de tratamiento. Cabe mencionar que, como se vio anteriormente, la suspensión abrupta suele ser más eficaz en

el tratamiento de cesación de consumo de tabaco, por lo cual en la tercera sesión se establece realizar la suspensión abrupta del consumo de tabaco, estableciendo por lo cual a partir de la cuarta sesión el usuario se mantiene en abstinencia.

## **SUGERENCIAS**

- La CCT ha demostrado a lo largo de 33 años contar con un efectivo programa de cesación tabáquico y además ha realizado numerosas investigaciones en diversos temas de tabaquismo, promoviendo también la formación de profesionales de la salud especializados y capacitados para aplicar los conocimientos que se han obtenido durante estos años. Pese a ello la CCT no cuenta con un espacio adecuado y que se ajuste a las necesidades de la creciente demanda del programa. Los directivos del HGM podrían considerar asignar un espacio que cuente con más cubículos de atención y una sala para estudiantes de servicio social, prácticas profesionales, entre otros, que facilite la realización de nuestro trabajo.
- Participar como co-terapeuta de los responsables de la CCT, pues considero que se puede obtener una experiencia más enriquecedora al trabajar con expertos en el tratamiento de cesación tabáquica.

## **CONCLUSIONES**

---

Este trabajo muestra de manera breve la importancia de poner nuestra atención en una problemática que de no ser atendida a tiempo puede llegar a ser mortal y que además genera elevados gastos tanto al paciente como al sector salud. La ENA (2011) reporta que tan sólo el 2% de fumadores se ha sometido a tratamiento, por lo cual me parece importante recalcar que los psicólogos necesitamos generar no sólo estrategias de intervención; las cuales han demostrado ser muy eficaces, sino de prevención con niños y adolescentes, puesto que una vez que se inicia el consumo, muy pocas serán la personas que acudan por ayuda.

Como pudimos observar con este paciente no importa el grado de adicción, física o psicológica, que se ha generado para lograr la cesación definitiva del tabaco. Cabe mencionar que es vital identificar la etapa de cambio

en la que el paciente se encuentra para poder estructurar el proceso terapéutico.

El tratamiento cognitivo- conductual de la CCT ha mostrado ser efectivo en la cesación tabáquica, aunque como psicólogos es preciso identificar las necesidades específicas de cada usuario. Como psicólogos debemos afrontar esta epidemia desde una etapa temprana de la adicción, pues como se describió en este reporte la adolescencia es, en la mayoría de las veces, la edad de inicio de un fumador.

Haber sido participe del logro de este paciente es un alegría enorme y me hace sentir satisfecha con mi participación en la clínica Contra el Tabaquismo, además la CCT brinda a los estudiantes material de lectura que amplía nuestros conocimientos sobre el tema y que nos hace interesarnos en esta problemática.

## REFERENCIAS:

---

- Barrueco F, Hernandez M, Torrecilla G (2003). **Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo**. Madrid: Ergon.
- Becoña E. y Vazquez F. ( 1997). **La evaluación de la conducta de fumar**. Psicología conductual. Vol. 5, N° 3.
- Boal R. (1988). **Fumar, una «trampa» psicológica**. Papeles del psicólogo. N°35.
- American Psychiatric Association (2014). **Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM- V. ed.**. London, England: Washintong D. C. Pp. 306.
- Cicero
- Eriksen, M., Mackay, J. y Ross, H. (2012). **El atlas de tabaco, (3ra ed.)**. Atlanta: American Cancer Society and World Lung Foundation. Pp. 34.
- Eriksen, M., Mackay, J. y Schluger, N., Gomeshtapeh, F., Drope J. (2015). **El atlas de tabaco, (5ta ed.)**. Atlanta: American Cancer Society and World Lung Foundation.
- Estévez di C., Goja B., Blanco M., González M (2004). **Proyecto ambientes libres de humo de tabaco**. Organización panamericana de la salud. Pp.19
- González, R., F. J. (2010). **Influencia de la industria tabacalera en México** en: Medina-Mora, M. E. (2010) **Tabaquismo en México, ¿Cómo evitar 60000 muertes prematuras cada año?** México: El Colegio Nacional. Pp. 193-194.
- Hospital General de México. **Cronograma de actividades de Servicio Social**. México, DF: Secretaria de Salud.
- INEGI Instituto Nacional de estadística y geografía (2012). **“Estadísticas a propósito del día mundial sin tabaco”**. **Datos nacionales**. Pp. 5.
- INEGI Instituto Nacional de estadística y geografía (2012). **“Estadísticas a propósito del día mundial sin tabaco”**. **Datos nacionales**. Pp. 2.
- Jiménez-Silvestre, K, Castillo-Vite NL (2004). **Evaluación de resultados de la Clínica para dejar de fumar**. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Informe de Investigación 03- 03, México.
- Leshner A, L (2007). **Adicción a la nicotina**. Instituto nacional sobre el abuso de drogas, serie de reportes de investigación. Pp. 2
- Lindson, N., Aveyard, P., Ingram, J., Inglis, J., Beach, J., West, R., Michie, S. (2009). **Rapid reduction versus abrupt quitting for smokers who want to stop soon: a randomised controlled non-inferiority trial**. BioMed Central: London, United Kingdom



- Lindson, N., Banting M., West R., Michie S., Shinkins B, Aveyard P. (2016). **Gradual Versus Abrupt Smoking Cessation A Randomized, Controlled Noninferiority Trial.** Annals of Internal Medicine. Consultado en :  
[http://www.ctsi.umn.edu/sites/default/files/Lindson-Hawley\\_Annals\\_Intern\\_Med\\_2016\\_WIP\\_CHE.pdf](http://www.ctsi.umn.edu/sites/default/files/Lindson-Hawley_Annals_Intern_Med_2016_WIP_CHE.pdf)
- Lorenzo G., Baraibar P., Melgar A., Parodi D., Gambogi I., Cenández M., Estevez D., y Sica S (2009). **Guía Nacional para el abordaje del tabaquismo.** Uruguay: Ministerio de salud Pública. Pp. 19.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Robles, R., Real T. (2010). **Aspectos psicosociales de la dependencia al tabaco y su inducción a probar otras drogas** en: Medina-Mora, M. E. (2010) *Tabaquismo en México, ¿Cómo evitar 60000 muertes prematuras cada año?* México: El Colegio Nacional. Pp. 193-194.
- Ocampo M. A. (2007). **“Programa de cesación de tabaquismo en un hospital de tercer nivel”. Terapia Breve Cognitivo Conductual.** México: secretaría de salud.
- Organización Mundial de la Salud (2013). **Tabaco, datos y cifras.** Recuperado de:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- Puente S, (1986). Tabaquismo en México. Bol of Sanit Panam 101 (3).
- Puente S, Balzaretto G y De la Teja C. (1984). Experiencias de la clínica de tabaquismo. Resultados de un programa educativo-conductual. Salud mental V. 7 (2)
- Reynales, S. Lazcano, P. y Hernández A. (2010). **Evolución del panorama epidemiológico del tabaquismo en México** en: Medina-Mora, M. E. (2010) *Tabaquismo en México, ¿Cómo evitar 60000 muertes prematuras cada año?* México: El Colegio Nacional.
- Reynales-Shigematsu LM, Guerrero-López CM, Lazcano-Ponce E, Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. (2012). **Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco.** México DF, México: INPRFM, 2012. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Disponible en:  
[www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx)
- Ross, H. Waters H. Saenz B. y Reynales L. (2010). La economía del tabaco y los impuestos al tabaco en México. Pp. 14.
- Teixeira C., Pueyo A., Álvarez L. (2005). **La evolución del concepto de tabaquismo.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. Vol. 21(4).

- Secretaria de Salud (2016). **Actualización profesional en salud. Consejo nacional contra la Adicciones**. México D.F CONACID
- **Tipos de dependencia y síndrome de abstinencia** (2008). Recuperado de:  
<http://www.saludalia.com/tabaquismo/tipos-dependencia-sindrome-abstinencia>
- **Winstead R (2010). New Surgeon General's Report Outlines How Tobacco Smoke Causes Disease**. National Cancer Institute. Nº 24 (7).

## ANEXOS<sup>3</sup>

### ANEXO 1. ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ

FECHA Y HORA	CARNET	DIAGNOSTICO TENTATIVO:	
APELLIDO PATERNO/ MATERNO/ NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	
EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	ENTIDAD FEDERATIVA

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

RECIBO PAGO \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

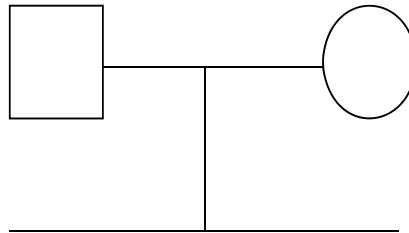
NOMBRE Y TELEFONO DE FAMILIAR PARA EMERGENCIAS \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

AREAS LIBRES DE CONFLICTO: \_\_\_\_\_  
(Relaciones, actividades, etc. Saludables)

**FAMILIOGRAMA** (Explorar relaciones interpersonales de primero y segundo grado, o tres generaciones, con quien vive, tipo de vivienda, convivencia familiar, historia médica familiar, datos generales de familiares directos, antecedentes patológicos y no patológicos, áreas laboral, social, académica, noviazgo, pareja).



TRATAMIENTOS PREVIOS: (SI) (NO) CUALES: \_\_\_\_\_  
(PSICOLÓGICO) (PSIQUIÁTRICO) (AUTOAYUDA) (TODOS) (NINGUNO)

INTITUCION A LA QUE ASISTIO \_\_\_\_\_ AÑO DE INICIO/TERMINO: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_ DURACIÓN TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON: \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Ocampo M. A. (2007). "Programa de cesación de tabaquismo en un hospital de tercer nivel". *Terapia Breve Cognitivo Conductual*. México: secretaría de salud.

## HISTORIA DE FUMADOR

CUÁNTOS FUMA \_\_\_\_\_ DESDE CUANDO \_\_\_\_\_ MINIMO/MAXIMO POR DIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MARCA: \_\_\_\_\_ TIPO: Light    Extra light    Regular    Puro    Pipa

CIGARROS MÁS PLACENTEROS DEL DIA (3):    a) \_\_\_\_\_    b) \_\_\_\_\_    c) \_\_\_\_\_

Hora del primer cigarro del día: \_\_\_\_\_ Del último del día: \_\_\_\_\_ Tiempo Total Consumo: \_\_\_\_\_

Terapeuta: en caso de una respuesta negativa anotar en la columna de la edad: "N".	EDAD	MOTIVO DE CONSUMO
¿Cuántos años tenía usted la primera vez que probó el cigarro (su primera fumada)?		
¿Cuántos años tenía usted la primera vez que fumó un cigarro diario?.		
¿Cuántos años tenía usted cuando fumaba de 2 a 10 cigarros por día?		
¿Cuántos años tenía usted cuando fumaba de 11 a 20 cigarros por día?		
¿Cuántos años tenía usted cuando fumaba más de 20 cigarros por día?		

Del último año, ¿cuantos días NO fumo? \_\_\_\_\_ CUÁL FUE LA RAZÓN: \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún año en su vida en el que fumó MÁS que en los últimos 12 meses?    NO                    SI

CUÁNTOS CIGARROS POR DÍA FUMÓ \_\_\_\_\_ POR CUÁNTO TIEMPO: \_\_\_\_\_

Anteriormente ha intentado dejar de fumar:    NUNCA UNA VEZ            MENOS DE 5 VECES            MÁS DE 5 VECES

TIEMPO MAX. DE ABSTINENCIA: \_\_\_\_\_ CÓMO LO LOGRO: \_\_\_\_\_

MOTIVO por el cual volvió a fumar: \_\_\_\_\_ FECHA ÚLTIMO INTENTO: \_\_\_\_\_

¿QUIERE O TIENE QUE DEJAR DE FUMAR? (Explicar diferencia entre querer y tener) \_\_\_\_\_

En promedio, ¿cuánto dinero gasta cada semana en comprar cigarros? \_\_\_\_\_

CONVIVE CON FUMADORES:	NO	Padre	Madre	Pareja	Hijos	Hermanos
Amigos	Compañeros	Familiares		Otros:		

REALIZA EJERCICIO FÍSICO (SI) CUÁL: \_\_\_\_\_ (NO) POR QUÉ: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez en su vida ha utilizado alguno de los siguientes tipos de tratamientos para ayudarse a fumar menos o dejar de fumar?

TIPO DE TRATAMIENTO	NO	SI				
		En cuantas ocasiones	Cuando lo utilizó	Por cuanto tiempo	Automedicación o prescripción médica	Le funcionó
Goma de mascar con nicotina						
Parches de nicotina						
Inhalador de nicotina						
Anfebutamona / bupropion						
Champix / Vareniclina						
Grupo de ayuda						
Clínica de tabaco						
Naturista / acupuntura / hipnosis						
Otro:						

**OTRAS DROGAS (OMS - ASSIST V3.0)**

A consumido alguna vez en la vida:	Edad (consumo)		Cantidad por día/ ocasión	Motivo del consumo.		Frecuencia al		Duración del consumo
	Inicio (probó la droga)	Último consumo		Inicio	Abandono	Semana	Mes	
Alcohol.								
Cocaína.								
Marihuana.								
Inhalables:								
Anfetaminas.								
Barbitúricos.								
Heroína.								
Alucinógenos.								
Sintéticas (tachas, etc.)								
Otra:								

DESCRIBA SUS ACTIVIDADES RECREATIVAS (POR EJEMPLO: DEPORTES, PASATIEMPOS, ETC.):

---

¿ESTAS ACTIVIDADES ESTÁN RELACIONADAS CON AL ABUSO DE TABACO, ALCOHOL O AL USO DE OTRAS DROGAS? (SI) (NO)

HA TENIDO PROBLEMAS DE SALUD QUE IMPLIQUE HOSTIPALIZACIÓN (NO) (SI)

CUÁL:

---

ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO: (NO) (SI) POR QUÉ: \_\_\_\_\_

PRESENTA PROBLEMAS PARA DORMIR: (NO) (SI) CUÁLES: \_\_\_\_\_

TIENE ALGUNA MOLESTIA FÍSICA: (NO) (SI) CUÁL: \_\_\_\_\_

ESTA CONSUMIENDO ALGÚN MEDICAMENTO SIN PREESCRIPCIÓN MÉDICA: \_\_\_\_\_

TERAPEUTA: LLENAR SI CUMPLE CON CRITERIOS DE **ABUSO O DEPENDENCIA**:

<b>ABUSO:</b> un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado <i>POR UNO O MÁS</i> de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses	SI	NO
Consumo recurrente de sustancias, que da incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.		
Consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.		
Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.		
Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.		
Sin criterios de dependencia.		
<b>TOTAL</b>		
<b>DEPENDENCIA:</b> un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado <i>POR TRES O MÁS</i> de los ítem siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:		
<b>CRITERIO</b>	SI	NO
Tolerancia (Dep. Fisiológica):		
a. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.		
b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado		
Abstinencia (Dep. Fisiológica, Ver cuadro de S. de Abstinencia):		
a. Síndrome de abstinencia característico para la sustancia.		
b. Se toma la misma sustancia o una muy parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.		
La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o en un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.		

Existe un deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia												
Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos de la sustancia.												
Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.												
Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.												
<b>TOTAL</b>												
<b>CRITERIOS SINDROME DE ABSTINENCIA DSM-IV-TR TABACO</b>												
	<b>si</b>	<b>no</b>		<b>si</b>	<b>no</b>		<b>si</b>	<b>no</b>		<b>si</b>	<b>no</b>	
Insomnio			Inquietud			Estado animo disfórico o depresivo			Dificultad de concentración			
Ansiedad			Aumento del apetito o peso			Irritabilidad frustración o ira			Disminución de la frecuencia cardíaca			
<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>			

ENTREVISTO: \_\_\_\_\_ COTERAPEUTA: \_\_\_\_\_

**ESTILO DE VIDA**

**POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

CUÁNTAS COMIDAS HACE AL DÍA: \_\_\_\_\_

CUANTO TIEMPO DEJA PASAR ENTRE UNA COMIDA Y LA SIGUIENTE: \_\_\_\_\_

CUANTAS VECES POR SEMANA CONSUME EN SU DIETA: \_\_\_\_\_

GRUPO ALIMENTICIO	FRECUENCIA A LA SEMANA				CANTIDAD			
	MENOS DE 1 VEZ	1 A 3 VECES	4 A 6 VECES	DIARIO	NADA	POCO	SUFICIENTE	MUCHO
VERDURAS								
FRUTAS								
CEREALES								
LEGUMINOSAS								
ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL								
DULCES O FRITURAS								

CUALES SON LAS BEBIDAS QUE ACOSTUMBRA:

TIPO	FRECUENCIA A LA SEMANA				CANTIDAD POR OCASIÓN			
	MENOS DE 1 VEZ	1 A 3 VECES	4 A 6 VECES	DIARIO	MENOS 500 ML	500 A 1000 ML	1000 A 1500 ML	MAS DE 1500 ML
AGUA NATURAL								
AGUA DE SABOR								
CAFÉ								
TE								
REFRESCO DE SABOR								
REFRESCO DE COLA								



MOTIVOS O RAZONES POR LOS CUALES **QUIERE DEJAR DE FUMAR** Y ORDENELOS SEGÚN SU IMPORTANCIA:

MOTIVO	NIVEL DE IMPORTANCIA		MOTIVO	NIVEL DE IMPORTANCIA	
	POCO	MUCHO		POCO	MUCHO

MENCIONE LOS MOTIVOS POR LOS CUALES **ACTUALMENTE FUMA** Y ORDENELOS SEGÚN SU IMPORTANCIA:

MOTIVO	NIVEL DE IMPORTANCIA		MOTIVO	NIVEL DE IMPORTANCIA	
	POCO	MUCHO		POCO	MUCHO

EN EL ULTIMO MES HA PRESENTADO ALGUNA MOLESTIA DE LAS SIGUIENTE LISTA

MOLESTIA	NO	SI	DESDE CUANDO	FRECUENCIA A LA SEMANA			INTENSIDAD DE LA MOLESTIA	
				MENOS DE 1 VEZ	DE 1 A 5 VEZ	DIARIO	POCO	MUCHO
TOS								
FLEMA COLOR:								
SOFOCACIÓN								
BRONQUITIS								
APNEA NOCTURNA								
SILBIDOS NOCTURNOS								
GARRASPERA								
DOLOR DE GARGANTA								
DOLOR DE CABEZA								

RONQUERA								
SENSACION DE ALGO ATORADO EN EL PECHO								
TAQUICARDIA								
TEMPERATURA MAYOR A 37°								

## ANEXO 2. PRUEBAS PSICOLÓGICAS

### NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA "FAGERSTRÖM"

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

1.- Después de despertar, ¿Que tan pronto enciendes el primer cigarro del día?

- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| 0) Después de 60 minutos | 2) 6-30 minutos       |
| 1) 31-60 minutos         | 3) menos de 5 minutos |

2.- ¿Encuentra dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido hacerlo?

- |       |       |
|-------|-------|
| 0) No | 1) Si |
|-------|-------|

2v1.- ¿Le resulta difícil abstenerse de fumar por más de 45 minutos?

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 0) No                  | 2) Esforzándome mucho   |
| 1) Más o menos difícil | 3) Imposible abstenerme |

3.- De todos tus cigarros que consumes a lo largo del día, ¿Cuál es el que más necesitas?

- |                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| 0) Cualquier otro | 1) El primero del día |
|-------------------|-----------------------|

4.- ¿Cuántos cigarros fuma al día?

- |               |             |
|---------------|-------------|
| 0) 10 o menos | 2) 21 a 30  |
| 1) 11 a 20    | 3) 31 ó más |

5.- Después de consumir el primer cigarro del día ¿fuma consecutivamente / rápidamente algunos más?

- |       |       |
|-------|-------|
| 0) No | 1) Si |
|-------|-------|

6.- ¿Usted Fuma aunque este tan enfermo/a que tenga que permanecer en cama?

- |       |       |
|-------|-------|
| 0) No | 1) Si |
|-------|-------|

7.- ¿Le da el golpe?

- |            |                 |
|------------|-----------------|
| 0) Nunca   | 2) Casi siempre |
| 1) A veces | 3) Siempre      |

Puntaje total: \_\_\_\_\_

0-2 muy poca dependencia

5 dependencia media

8-10 dependencia alta

3-4 poca dependencia

6-7 mucha dependencia

## CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR CCT2

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

3            2            1

<b>SOLO SEÑALE UNA RESPUESTA</b>	MUY FRECUENTE	OCASIO- NALMENTE	NUNCA	
A. Fumo cigarrillos para sentirme con más energía cuando trabajo.				1
B. El tener un cigarrillo en la mano es parte del placer de fumármelo.				2
C. El fumar cigarrillos es agradable.				3
D. Cuando me siento enojado por algo fumo para tranquilizarme.				4
E. Cuando me he quedado sin cigarrillos lo siento insoportable hasta que puedo obtener algunos más.				5
F. Fumo cigarrillos automáticamente, sin darme cuenta de repente estoy fumando.				6
G. Fumo cigarrillos para darme energía.				1
H. Parte del goce de fumar proviene de lo que tengo que hacer para encender un cigarrillo.				2
I. Cuando estoy tranquilo me gusta fumar.				3
J. Si estoy molesto por algo, enciendo un cigarrillo para que se me pase.				4
K. Cuando no fumo me siento mal.				5
L. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta que tengo otro encendido en el cenicero.				6
M. Fumo cigarrillo para animarme.				1
N. Cuando fumo un cigarrillo, parte de mi placer es ver el humo que produzco.				2
O. Mi deseo de fumar aumenta cuando estoy tranquilo.				3
P. Fumo cuando quiero olvidarme de mis preocupaciones.				4
Q. Cuando no he fumado por un buen rato siento una necesidad casi incontrolable por fumar un cigarrillo.				5
R. Me he encontrado con que tengo un cigarrillo en la boca sin que yo recuerde haberlo puesto ahí.				6
S. El fumar cigarrillos es tranquilizador.				3
T. Mi deseo de fumar aumenta cuando estoy cómodo.				3

1) Estímulo \_\_\_\_\_

2) Manipulación \_\_\_\_\_

3) Relajamiento \_\_\_\_\_

4) Reducción de tensión \_\_\_\_\_

5) Necesidad \_\_\_\_\_

6) Adicción \_\_\_\_\_

## BAI

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma **durante la última semana, inclusive hoy**, marcando con una **X** según la intensidad de la molestia.

**0= Poco o nada**

**1= Más o menos, no me molestaba mucho**

**2= Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo**

**3= Severamente, casi no podía soportarlo**

	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
1. Entumecimiento, hormigueo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentir oleadas de calor (bochorno).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Debilitamiento de las piernas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dificultad para relajarse.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que pase lo peor.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sensación de mareo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inseguridad.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terror.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Manos temblorosas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Cuerpo tembloroso.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Asustado.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Indigestión, o malestar estomacal.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Debilidad.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ruborizarse, sonrojamiento.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PUNTUACIÓN TOTAL

( ) 0-5 MINIMA ( ) 6-15 LEVE ( ) 16-30 MODERADA ( ) 31-63 SEVERA

### CES-D

**Instrucciones.** Le voy a leer unas frases que describen como usted se podría haber sentido. Por favor dígame con que frecuencia se ha sentido de esta manera **durante la semana pasada**: raramente o ninguna vez; alguna o pocas veces; ocasionalmente o una buen parte del tiempo; o la mayor parte o todo el tiempo.

Durante la semana pasada, eso es desde _____ hasta el presente: (fecha)	Raramente o ninguna vez (Menos de 1 día)	Alguna o poca vez (1-2 días)	Ocasionalmente o una buena parte del tiempo (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan.				
2. No se sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.				
3. Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aun con la ayuda de su familia o amigos.				
4. Sentía que Ud. era tan buena como cualquier otra persona.				
5. Tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo.				
6. Se sentía deprimida				
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8. Se sentía optimista sobre el futuro.				
9. Pensó que su vida había sido un fracaso.				
10. Se sentía con miedo.				
11. Su sueño era inquieto.				
12. Estaba contenta.				
13. Habló menos de lo usual.				
14. Se sintió sola.				
15. La gente no era amistosa.				
16. Disfrutó de la vida.				
17. Pasó ratos llorando.				
18. Se sintió triste.				
19. Sentía que no le caía bien a la gente.				
20. No tenía ganas de hacer nada.				
C0-3 r4,8,12,16 c3-0	Calif:	0-3 <b>3-0</b>	<b>Total:</b>	

( ) 0-20 LEVE ( ) 21-40 MODERADA ( ) 41-60 ELEVADA

**BDI**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor, lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió **la semana pasada inclusive el día de hoy**. Marque con una X el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso tache cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1. Yo no me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.  
 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2. En general no me siento descorazonado por el futuro.  
 Me siento descorazonado por mi futuro.  
 Siento que no tengo nada que esperar del futuro.  
 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. Yo no me siento como un fracasado.  
 Siento que he fracasado más que las personas en general.  
 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.  
 Siento que soy un completo fracaso como persona.
4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.  
 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.  
 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.  
 Estoy insatisfecho o aburrido con todo.
5. En realidad yo no me siento culpable.  
 Me siento culpable una gran parte del tiempo.  
 Me siento culpable la mayor parte del tiempo.  
 Me siento culpable todo el tiempo.
6. Yo no me siento que esté siendo castigado.  
 Siento que podría ser castigado.  
 Espero ser castigado.  
 Siento que he sido castigado.
7. Yo no me siento desilusionado de mí mismo.  
 Estoy desilusionado de mí mismo.  
 Estoy disgustado conmigo mismo.  
 Me odio.
8. Yo no me siento que sea peor que otras personas.  
 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.  
 Me culpo todo el tiempo por mis fallas.  
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. Yo no tengo pensamientos suicidas.  
 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.  
 Me gustaría suicidarme.  
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
10. Yo no lloro más de lo usual.  
 Llora más ahora de lo que solía hacerlo.  
 Actualmente lloro todo el tiempo.  
 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.
- 11.. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.  
 Me enoja o irrito más fácilmente que antes.  
 Me siento irritado todo el tiempo.  
 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.

12. Yo no he perdido el interés en la gente.  
 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.  
 He perdido en gran medida el interés en la gente.  
 He perdido todo el interés en la gente.
13. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.  
 Pospongo tomar decisiones más que antes.  
 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.  
 Ya no puedo tomar decisiones.
14. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.  
 Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).  
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).  
 Creo que me veo feo (a).
15. Puedo trabajar tan bien como antes.  
 Requero de más esfuerzo para iniciar algo.  
 Tengo que obligarme para hacer algo.  
 Yo no puedo hacer ningún trabajo.
16. Puedo dormir tan bien como antes.  
 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.  
 Me despierto una y o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.  
 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.
17. Yo no me canso más de lo habitual.  
 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.  
 Con cualquier cosa que haga me canso.  
 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.
18. Mi apetito no es peor de lo habitual.  
 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.  
 Mi apetito está muy mal ahora.  
 No tengo apetito de nada.
19. Yo no he perdido mucho peso últimamente.  
 He perdido más de dos kilogramos.  
 He perdido más de cinco kilogramos.  
 He perdido más de ocho kilogramos.

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos  sí  no

20. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.  
 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.  
 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.  
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.  
 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.  
 He perdido completamente el interés por el sexo.

PUNTUACIÓN TOTAL

( ) 0-9 NO DEPRESION ( ) 10-18 LEVE ( ) 19-29 MODERADA ( ) 30-63 GRAVE



**IDARE**  
**C.D. SPIELBERG, A. MARTINEZ-URRUTIA, F. GONZALEZ-REIGOSA, L. NATALICIO Y R. DIAZ-  
 GUERRERO**

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el espacio que indique *Cómo Se Siente Ahora Mismo, O Sea En Este Momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	<b>NO EN ABSOLUTO</b>	<b>UN POCO</b>	<b>BASTANTE</b>	<b>MUCHO</b>
1. Me siento calmado (a).				
2. Me siento seguro (a).				
3. Estoy tenso (a).				
4. Estoy contrariado (a).				
5. Estoy a gusto (a).				
6. Me siento alterado (a).				
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo.				
8. Me siento descansado(a).				
9. Me siento ansioso(a).				
10. Me siento cómodo(a).				
11. Me siento con confianza en mí mismo(a).				
12. Me siento nervioso(a).				
13. Me siento agitado(a).				
14. Me siento "a punto de explotar".				
15. Me siento reposado(a).				
16. Me siento satisfecho(a).				
17. Estoy preocupado(a).				
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a).				
19. Me siento alegre.				
20. Me siento bien.				

PUNTUACIÓN 4-1y 1-4 sx E ( ) 20-31 MUY BAJO ( ) 32-43 BAJA ( ) 44-55 MEDIA ( ) 56-67 ALTA ( ) >68 MUY ALTA

### IDARE

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el espacio que indique Cómo Se Siente Generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE- MENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien.				
22. Me canso rápidamente.				
23. Siento ganas de llorar.				
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.				
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.				
26. Me siento descansado(a).				
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada".				
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.				
30. Soy feliz.				
31. Tomo las cosas muy a pecho.				
32. Me falta confianza en mí mismo(a).				
33. Me siento seguro(a).				
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades.				
35. Me siento melancólico(a).				
36. Me siento satisfecho(a).				
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.				
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a).				
PUNTUACIÓN 4-1y 1-4 sxR ( ) 20-31 MUY BAJO ( ) 32-43 BAJA ( ) 44-55 MEDIA ( ) 56-67 ALTA ( ) >68 MUY ALTA				

## BARRATT

**Instrucciones:** Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

	Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre
1. Planifico mis tareas con cuidado	INP			
2. Hago las cosas sin pensarlas	IM			
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	INP			
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	IC			
5. Planifico mis viajes con antelación	INP			
6. Soy una persona con autocontrol	IM			
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	IC			
8. Ahorro con regularidad	INP			
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo	IM			
10. Pienso las cosas cuidadosamente	IC			
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)	INP			
12. Digo las cosas sin pensarlas	IM			
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	IC			
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)	INP			
15. Actúo impulsivamente	IM			
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	IC			

	Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre
17. Visito al médico y al dentistas con regularidad	INP			
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren	IM			
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	IC			
20. Cambio de vivienda e menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	INP			
21. Compró cosas impulsivamente	IM			
22. Yo termino lo que empiezo	INP			
23. Camino y me muevo con rapidez	IM			
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	IC			
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	INP			
26. Hablo rápido	IM			
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	IC			
28. Me interesa más el presente que el futuro	INP			
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)	IM			
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	INP			

Calif. 4,3,1,0 e 0,1,3,4 INP, IM, IC

TOTAL:	INP:	IM:	IC:
--------	------	-----	-----

**ANEXO 3. AUTO-REGISTRO.**

## AUTORREGISTRO DE LINEA BASE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

No.	LUGAR	EN COMPAÑÍA	EDO. DE ÁNIMO	GOLPE	No.	LUGAR	EN COMPAÑÍA	EDO. DE ÁNIMO	GOLPE
1					11				
2					12				
3					13				
4					14				
5					15				
6					16				
7					17				
8					18				
9					19				
10					20				